

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
VICERRECTORÍA ACADÉMICA
ESCUELA DE EDUCACIÓN
MAESTRÍA EN PSICOPEDAGOGÍA**

TITULO

**Técnicas para vivir y trabajar con Niños y Niñas de
Segundo Grado, con Déficit Atencional de la Escuela León
Cortés Castro, Circuito 01, Cartago.**

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

**NOMBRE DE LA ESTUDIANTE
MARIA LUISA GAMBOA RIVERA**

CENTRO UNIVERSITARIO SAN MARCOS DE TARRAZU

ABRIL, 2007

PROFESORES PARTICIPANTES

Firma

Dra. Zayra Méndez Barrantes

Firma

MSc. Sandra Arauz Ramos

Firma

MSc. Grethel Rivera Turcios

Firma

MSc. Cristian León Granados

PROFESOR ASESOR

Firma

Dr. Daniel Flores Mora

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

Firma

María Luisa Gamboa Rivera

28 de abril, 2007

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios nuevamente, por darme salud y capacidad necesaria para finalizar este trabajo.

A los profesores de la maestría, muy especial a Don Daniel Flores Mora por su valiosa orientación en el desarrollo del trabajo.

Gracias a algunas compañeras y compañero que siempre me guiaron; a Marjorie Quirós, Gabriela Haug, Steven Abarca, Cinthia Ureña, en especial a la compañera y amiga Ester Navarro Ureña, ya que siempre estuvo en los momentos que más la necesitaba además fue la que me motivo a seguir y finalizar la maestría.

Agradezco también a Julia Bonilla Garro una persona muy especial que siempre me ayudó a cuidar a mis hijos mientras realizaba los trabajos de la maestría. ¡Muchas gracias!

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a la Santísima Trinidad, a mis hijos: María Elena, Minor José y María Victoria.

A mi esposo Minor por la paciencia y el apoyo que siempre me brindó al realizar esta investigación.

También a mí madre Alba al darme la vida y moldear en mí a una mujer de bien, que lucha por ser cada día mejor.

NOTA ACLARATORIA

" Solamente por sencillez en el estilo, este documento utiliza un formato tradicional que no contempla las diferencias de género. La posición es clara y firme, en cuanto a que toda discriminación sobre esta base, o de cualquier naturaleza, se considera odiosa e incongruente con los principios que este documento entraña

TABLA DE CONTENIDO

	página
Profesores participantes.....	i
Agradecimiento.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Nota aclaratoria.....	iv
Tabla de contenido.....	v
CAPÍTULO PRIMERO. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	
Justificación.....	2
1.1. Objetivo general.....	3
1.2. Objetivos específicos.....	3
CAPÍTULO SEGUNDO. MARCO TEÓRICO	
2.1. Niños y niñas con Déficit Atencional. Aspectos generales.....	7
2.2. Posibles causas.....	9
2.3. Conductas asociadas.....	10
2.4. Necesidad de un equipo interdisciplinario.....	10
a. Los padres del niño o niña.....	11
b. El maestro o los maestros a cargo del niño.....	11
c. El psicólogo.....	12
d. El médico neurólogo o neurodesarrollista.....	12
2.5. Rol del docente en el diagnóstico del Déficit Atencional.....	13
2.6. Algunos instrumentos de diagnóstico por utilizar por el docente.....	13
a. Anamnesis.....	14
b. Tratamiento médico.....	15
1. Metifenidato o Ritalina.....	15
2. Triciclicos (Imipramina).....	17
c. Intervención de los padres.....	17
2.7. Atención psicosocial del niño con Déficit Atencional.....	18
a. Autoestima.....	18
b. La comunicación con el niño que presenta Déficit Atencional.....	20
c. Límites y reglas claras.....	20
d. Técnicas de modificación de conducta.....	21
e. Expediente del niño con Déficit Atencional, un instrumento dinámico.....	22
2.8. Breve reseña histórica del lugar.....	23
a. Reseña histórica del cantón de Tarrazú.....	23
b. Reseña de la institución.....	26

CAPÍTULO TERCERO. MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo de investigación.....	29
3.2. Categoría de análisis.....	30
a. Categoría general.....	30
b. Categoría emocional del niño.....	30
c. Categoría de tratamiento.....	30
3.3. Sujetos y fuentes de información.....	30
a. Sujetos.....	30
b. Población.....	31
c. Descripción de los instrumentos.....	32
3.4. Procedimiento para la recolección de la información.....	32

CAPÍTULO CUARTO. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Análisis de contenidos.....	35
4.2. Categoría de análisis.....	35
4.3. Categoría emocional del niño.....	39
4.4. Categoría de tratamiento.....	41
4.5. Técnicas o metodologías más adecuadas para orientar a padres, madres, educadores y educadoras para trabajar y ayudar a niños y niñas con Déficit Atencional.....	44

CAPÍTULO QUINTO. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 conclusiones y recomendaciones.....	50
---	----

CAPÍTULO SEXTO. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ANEXOS

1. Referencias bibliográficas.....	57
2. Anexos.....	58

CAPITULO PRIMERO

INTRODUCCIÓN



JUSTIFICACION

Para mí es de suma importancia investigar sobre el Déficit Atencional para conocer, analizar y aplicar dicho conocimiento en un futuro como psicopedagoga.

Me interesa muchísimo primero porque mi hija de 7 años y medio tiene Déficit Atencional combinado y es bastante difícil vivir con este tipo de niños y segundo hoy en día en nuestras aulas se encuentran un gran numero de población considerable y que en algunos momentos se nos hace complicado el trabajar con ellos, brindarles el apoyo que necesitan para salir adelante en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Conocer algunos aspectos generales, características, posibles causas, que papel juega el docente en esta situación, que medicamento utilizan estos niños, quien compone el equipo interdisciplinario para trabajar con esta problemática.

¿Qué técnicas se pueden utilizar para vivir y trabajar con el DA? esto con la idea de orientar a padres docentes y en especial ayudar al niño que padece del Déficit Atencional.

1. OBJETIVOS:

1.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar cuales son las técnicas o metodologías más adecuadas para orientar a padres, madres y educadores y educadoras para trabajar y ayudar a niñas y niños con Déficit Atencional

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar el origen y consecuencias del Déficit Atencional.
2. Enumerar características de la niña y niño con Déficit Atencional.
3. Investigar técnicas para ayudar a niñas y niños con Déficit Atencional.
4. Conocer procedimientos que utilizan los y las docentes para detectar Déficit Atencional.

1.3. Antecedentes Históricos:

Desde 1867, se discute en Gran Bretaña sobre Déficit Atencional. En 1902, el pediatra británico George Still publica un estudio sobre veinte niños, a quienes describió como apasionados, desafiantes, malévolos y sin volición inhibitoria. Sugirió que sospechaba de una lesión cerebral sutil.

Su teoría se vio respaldada durante el período comprendido entre 1917 y 1918, cuando describió, por primera vez, el síndrome. Se correlaciono con un defecto intrínstico de tipo neurobiológico, luego de un brote extenso de encefalitis letárgica, en el que los niños y niñas sobrevivientes desarrollaron un cuadro similar al del desorden conocido como Disfunción Cerebral Mínima. Este término fue utilizado en relación con el síndrome hasta 1970, y conducía a entenderlo como una enfermedad.

Luego, el síndrome se denominó con el nombre de hiperquinesis o simplemente como el Síndrome del Niño Hiperactivo. “Las anormalidades en el comportamiento incluían, pero no estaban limitadas, a la hiperactividad, inatención, distractibilidad, reacciones súbitas de coraje, hostilidad, inmadurez, relaciones conflictivas con los compañeros, desafíos, desobediencia problemas severos de conducta o delincuencia, junto a la dislexia y otros problemas de aprendizaje.

En 1980, en la publicación del Manual de Diagnostico y Estadística (DSM III) de la Asociación Americana de psiquiatría, se define, por primera vez, el síndrome. Se le denomina, como Trastorno por Déficit de Atención. Se señala que las características esenciales son signos de inatención e impulsividad, percibidas como diferentes desde un punto de vista del desarrollo. Aparte, se agruparon otros problemas de comportamiento bajo la categoría de Trastornos de la Conducta. (1980, American psychiatric association)

La versión revisada del DSM III (1987) introdujo varias modificaciones al diagnostico, y cambio el nombre: Trastornos por Déficit de la Atención e hiperactividad (1987, American psychiatric Association). En ese mismo año, se empieza a relacionar las causas del síndrome con una deficiencia de sustancias neurotransmisoras en el sistema nervioso central (SNC). Las investigaciones continúan hasta nuestros días con instrumentos cada vez más sofisticados y metodologías más rigurosas, pues el Déficit Atencional se mantiene como tema de investigación intensa y es una de las condiciones más estudiadas dentro del campo de la neurología y la psiquiatría (1977, Biaggi).

Por ultimo, en cuanto al nombre que recibe el síndrome, la edición más reciente del Manual de Estadística DSM-IV, editada en 1994 y vigente hasta nuestros días, lo llama Déficit de la Atención con o sin Hiperactividad. Divide los síntomas en dos grupos, y crea un modelo bidimensional para el diagnostico, (1994, American psychiatric Association), al que se hará referencia en otro apartado.

En nuestra sociedad, es común escuchar comentarios como el siguiente: “Antes no había nada de eso, ahora todo es alcahuetería y justificaciones”, afirmación ante la que vale la pena señalar tres factores importantes, entre otros: que hace dos décadas:

Las escuelas atendían a grupos de estudiantes menos numerosos. La maestra era la maestra del pueblo, y conocía a la familia del niño, asistía a la misma iglesia y compraba en la misma pulpería que la familia. por ende, conocía mejor al niño.

La familia era un núcleo que ofrecía mayor estabilidad y continencia, y las reglas eran más firmes y claras.

Estos factores inducían a una educación más individualizada, contextualizada y en conjunto con el hogar, de forma que los niños y niñas con Déficit Atencional tenían más oportunidad de ser atendidos, de acuerdo con sus necesidades, a pesar de que no se les diagnosticara como tales. Hoy el diagnóstico se hace necesario, como una forma de identificar cuáles niños presentan más requerimientos de atención individual que otros que puedan avanzar a un ritmo más semejante entre sí.

Es claro que el actual sistema educativo ha acentuado las dificultades para un niño con Déficit Atencional , lo que ha aumentado las posibilidades de fracaso. No obstante, debe recordarse el origen neurobiológico del problema. Debe tratarse desde todos los frentes posibles, comprendiendo que es un problema. Que siempre ha estado ahí, pero que las circunstancias actuales lo hacen “más visible” y, por lo tanto, existe más necesidad de atenderlo.

CAPITULO SEGUNDO

MARCO TEÓRICO



2. MARCO TEÓRICO.

2.1. NIÑOS Y NIÑAS CON DEFICIT ATENCIONAL

ASPECTOS GENERALES

En muchas ocasiones se puede observar en niños de edad escolar un comportamiento “fuera de lo común”, al identificar impulsos de estos niños al actuar sin medir las consecuencias. De ahí, que en muchas ocasiones se encasilla al niño o niña como “malcriado o malcriada, etc.”. Sin embargo, estos problemas, en su mayoría son de tipo neurológico. Así lo manifiesta Villalobos Montiel, (2002, Pág. 5):

El Déficit Atencional es un síndrome de origen neurobiológico, que se presenta en algunos niños y niñas en tres áreas específicas: capacidad de concentración, capacidad de control de impulsos y en algunos casos, en el nivel de actividad. Estas dificultades deben existir con una frecuencia e intensidad discordantes con lo esperado para la edad cronológica del niño, y ser característica típica del niño, y no eventos aislados.

Todo esto implica que se presentan problemas para que el niño logre mantener su atención concentrada por el tiempo esperado, según su edad, y rápidamente, la dirija hacia otros objetivos irrelevantes para otros niños. O sea, el niño no atiende apropiadamente lo que su maestro explica, las instrucciones que se dan a los comentarios que se hacen en una reunión social, por ejemplo. De igual forma, el niño no sabe cuando debe ser descrito o cómo contener su enojo, de acuerdo con las conductas socialmente aceptadas. Agota la paciencia de la mayoría de las personas que lo cuidan y puede pasar algunos malos ratos.

Las dificultades se hacen evidentes desde la infancia y sobre todo, cuando el niño o niña inicia su escolarización. Al estar inmerso en un ambiente más reglamentado y con mayores requerimientos de atención, las dificultades de atención-concentración son evidentes. Además, se debe tomar en cuenta que el o la docente no cuenta con espacio y tiempo disponible para hacer un diagnóstico asertivo del comportamiento del cada individuo, lo que acrecienta los problemas mencionados.

Según Villalobos (2002, Pág.59): Las características de la conducta de los niños y niñas con Déficit Atencional se encuentran, en el DSM-IV, o Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Americana de psiquiatría. Algunas de estas son:

- Inquietud e impaciencia.
- Dificultad para permanecer sentado.
- Facilidad para distraerse.
- Dificultad para esperar turno.
- Dificultad para seguir instrucciones.
- Tendencia a contestar atropelladamente.
- Tendencia a moverse de una tarea incompleta a otra.
- Dificultad para jugar quietamente.
- Tendencia a hablar excesivamente.
- Tendencia a interrumpir o a interferir con los demás.
- Apariencia de no escuchar...
- Tendencia a perder a menudo las cosas que necesita para trabajar.
- Propensión a encontrarse frecuentemente ante algún peligro.

2.2. POSIBLES CAUSAS:

Un niño con Déficit Atencional no es inquieto y desatento porque es malo, está loco, proviene de una familia con alguna clase de problema o porque no tiene cariño. Las dificultades de los niños y niñas con Déficit Atencional obedecen, de acuerdo con las más recientes investigaciones, a condiciones de orden neurobiológico.

Existen múltiples teorías que procuran explicar las causas del déficit atención. Las más destacadas son las que se refieren a los factores genéticos y a un desorden fisiológico de los neurotransmisores, agentes químico, que se encargan de llevar la información sensorial a través de las neuronas. Se ha dicho que estos agentes químicos controlan la conducta, la emoción, y el conocimiento. por lo tanto, una cantidad muy alta o muy baja de estos neurotransmisores podría causar efectos importantes en la vida cotidiana de una persona.

Con respecto de los factores genéticos, es importante mencionar que hay un aparente aumento del trastorno en los familiares de las personas afectadas. “son numerosos los estudios en la literatura norteamericana donde se trata este tema desde la perspectiva de los estudios de tipo familiar... Se ha estimado que la probabilidad de heredar la condición, si uno de los padres sufre de ésta es de 55 a 92%”.

Asimismo, los doctores Rapp, Doris y Smith, Lendon (2002, Pág.07) se propusieron en sus escritos que la alimentación y las alergias alimenticias podrían jugar un rol importante en el desarrollo del Déficit Atencional . Al respecto, Barkley y Murphy, autoridades en el campo del déficit atención, señalan que:

Tratamientos con poca o ninguna evidencia acerca de su efectividad incluyen manejos dietéticas, tales como la remoción de azúcar de la dieta, altas dosis de vitaminas, minerales, elementos de rastreo, o algunos otros remedios populares, psicoterapia de largo plazo o psicoanálisis, bioretroalimentación, terapia de juego, tratamiento quiropráctico o entrenamiento de integración sensorial, a pesar de la amplia popularidad de la que gozan.(Pág. 07).

Es claro que existen muchas explicaciones sobre la etiología del Déficit Atencional, unas más probadas y respaldadas que otras, pero lo más aceptado es que hay un origen neurobiológico del síndrome.

2.3. CONDUCTAS ASOCIADAS:

Un niño con Déficit Atencional se ve inmerso, por lo general, en muchos problemas como los siguientes:

- Romper el adorno favorito de mamá, cuando pasaba cerca de él, sin siquiera darse cuenta.
- Perder el dinero del encargo, porque se distrajo con un perro en el Camino.
- No entregar la tarea en la que había trabajado toda la tarde anterior, porque la puso en el maletín de educación física y no en el salveque de los útiles.

Cuando los problemas apenas inician, generalmente en primer grado de primaria, se toleran y disimulan por un tiempo. pero, luego, empiezan a molestar a los demás y al mismo niño, quien, para defenderse, podría recurrir a la mentira, el robo o a reacciones agresivas, por ejemplo:

- Decir: “yo no fui el que rompió el adorno, fue Martita. Yo la vi.”.
- Para reponer el dinero del encargo, lo toma del bolso de la abuela, y dice que no consiguió lo que iba a comprar.
- Arrebatarse a un compañero de la escuela su tarea, para presentarla él.

2.4. NECESIDAD DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:

En el caso del Déficit Atencional, el diagnóstico reviste trascendental importancia, ya que, realizado de forma temprana, permitirá una intervención rápida y acertada, evitando que el niño se exponga a la frustración y fracaso excesivo. Si, por el contrario, el diagnóstico es tardío, lo más probable es que el niño, además del

déficit atención, ya haya experimentado frustración y fracaso, lo que le suma problemas de autoestima.

a. LOS PADRES DEL NIÑO O NIÑA:

Por lo general, son los padres o los maestros quienes primero notan que el niño presenta problemas de atención-concentración, control de impulsos y probablemente en el nivel de actividad. De hecho, este último factor es el más fácil de percibir, por las consecuencias que tiene en el ambiente escolar.

Una vez que el padre o maestro ha identificado al niño con un posible déficit atención, debe procederse a una observación sistematizada, tanto de parte del maestro como de los padres de familia. para ello, existen instrumentos de recolección de información que generan excelentes resultados.

Luego deberán revisarse y analizarse los datos recolectados y ser remitidos al psicólogo o médico especialista que asumirá el caso.

Los padres o encargados, por su parte, participarán de todo lo que se refiere a su experiencia vivencial con el niño, y serán la fuente de información primaria con la que se contará.

b. EL MAESTRO O LOS MAESTROS A CARGO DEL NIÑO:

El docente aportará la principal contribución en lo que se refiere a la observación y al desempeño cotidiano del niño en el área académica, y a sus relaciones sociales con iguales.

c. EL PSICÓLOGO:

Todo niños con características observadas por más de seis meses debe ser referido a un psicólogo para evaluar sus conductas y recomendar las pautas a seguir que pueden técnicas, manejo de límites o bien referencias a otros profesionales.

De acuerdo a lo anterior Villabolas Montiel, (2002, Pág. 17) asegura que:

El psicólogo revisará aspectos de personalidad, como autoestima, manejo de límites y reglas en el hogar y en la escuela, niveles de tolerancia, capacidad de concentración. para ello, probablemente utilizará pruebas estandarizadas. De igual modo, indagará la dinámica familiar y las relaciones vinculares en general. También realizará el abordaje del problema mediante una valoración de áreas, como la capacidad de atención-concentración, capacidad de tolerancia a la frustración, habilidades prosociales, capacidad de control de impulsos, entre otros. El estudio de estos aspectos resultará en un importante aporte para el diagnóstico.

d. EL MEDICO NEURÓLOGO O NEURODESARROLLISTA.

El problema atencional es de origen neurobiológico, de donde se deriva la intervención del médico, (neurólogo, neurodesarrollista o psiquiatra), quien procederá a una revisión física y al análisis de datos en esta área. Es el único profesional que puede medicar al niño, a partir de la información recopilada. También será quien decida la pertinencia o no de exámenes, como el electroencefalograma o tomografía axial computarizada (TAC: prueba de exploración no invasiva), los cuales no son indispensables para un adecuado diagnóstico, en todos los casos.

Finalmente, con toda la información cuidadosamente recopilada, se realiza un diagnóstico conclusivo. Idealmente, se esperaría que todos los miembros del equipo interdisciplinario se reunieran para hacerlo, pero, comúnmente, esto no se logra, por

lo que es el psiquiatra o el psicólogo quien llega a una conclusión y notifica a los otros profesionales.

2.5. ROL DEL DOCENTE EN EL DIAGNOSTICO DEL DIFICIT ATENCIONAL:

Interesa profundizar en el rol del docente, durante el proceso diagnóstico del Déficit Atencional , ya que, por su contacto diario con el niño y su trabajo en la tarea de enseñanza-aprendizaje, tendrá una función protagónica en el equipo interdisciplinario, trabajará en el diagnóstico y en la atención del niño con Déficit Atencional .

Como ya se anotó, el docente es, junto con los padres, una de las primeras personas que percibirá que “algo” está pasando con el niño. Cuando esto ocurre y el docente empieza a apreciar características especiales en la capacidad de atención o control de impulsos de su alumno, por ejemplo, debe iniciar su trabajo de investigación y diagnóstico al respecto.

La mejor forma de iniciar es que el docente se autoobserve y se autoevalúe, de forma que, antes de pensar que es el niño quien tiene algún problema, revise su quehacer profesional y vea la posibilidad de que sea él mismo, la metodología empleada o cualquier aspecto del sistema los que podrían estar generando las dificultades.

2.6. ALGUNOS INSTRUMENTOS DE DIAGNOSTICO POR UTILIZAR POR EL DOCENTE:

Como se puede apreciar, el trabajo diagnóstico del docente es básicamente un proceso de observación, en el que se van descartando diferentes variables que podrían ocasionar las dificultades en la atención-concentración del niño que está en investigación.

Para realizar este trabajo, existen instrumentos para el registro de información que pueden resultar muy útiles, a saber:

a. ANAMNESIS:

La anamnesis es una reconstrucción histórica de la vida del niño que va a ser diagnosticado. Reúne todos los datos personales: desarrollo, salud, dinámica familiar y cualquier característica particular del individuo.

Se realiza en forma de entrevista a los padres o encargados del niño, procurando anotar todos los datos tal y como se reciben, sin hacer ninguna inferencia o interpretación. No se trata de juzgar subjetivamente, sino de recopilar información objetivo. Esta entrevista debe hacerse en un clima de respeto, confianza y discreción.

De acuerdo con Villalobos (2002 Pág.22): este instrumento es de mucha ayuda para detectar situaciones que pueden estar viviendo el niño:

- Si vive en condiciones de extrema pobreza, pasa hambre, frío y muchas preocupaciones.
- Si no tiene un recurso de cuidado diario adecuado, por lo que pasa todo el día sin supervisión, haciendo lo que mejor le parece. No estudia ni se siente cuidado, por lo que se autoestima es baja.
- Si tiene alguna enfermedad física que no ha sido apropiadamente atendida, y esto afecta su rendimiento académico.
- Si está experimentando alguna situación de cambio, como un traslado de casa o la muerte de un ser querido, entre otras.
- Si vive en medio de conflictos familiares importantes entre sus padres y hermanos.
- Si tiene una situación de desarrollo familiar, estable y apropiado, presente conductas discordantes con ésta.

b. TRATAMIENTO MEDICO:

En el caso del tratamiento médico, este se circunscribe a una valoración del niño, tomando en cuenta características de conducta, historia de desarrollo, así como otras herramientas diagnósticas, propias de la disciplina.

1. METIFENIDATO O RITALINA:

La Ritalina está indicada como parte de un vasto programa terapéutico, que suele incluir otras medidas curativas (psicológicas, educativas, sociales), para lograr un efecto normalizante en el niño con un síndrome conductas caracterizado por distractibilidad moderada o grave, períodos breves de atención, hiperactividad (no siempre presente), labilidad emocional e impulsividad.

Las dosis habituales recomendables son de 1,0 mg por kilo por día, distribuidos en 1 ó 3 dosis. Si, después de haber ajustado adecuadamente la dosificación no se observa que hayan mejorado los síntomas en el curso de un mes, se interrumpirá la medicación.

La Ritalina ejerce, presumiblemente, su efecto estimulando el sistema activador del tronco cerebral y la corteza. Sin embargo, no hay pruebas específicas que determinen claramente el mecanismo por el que Ritalina despliega sus efectos sobre la mente y la conducta de los niños.

Según Villalobos Montiel, Erica y Morales Chacón, Krissia (2002, Pág. 32), la Ritalina

...es de acción corta. Su efecto dura cuatro horas, y empiezan a verse los resultados media hora después de la toma. Su efecto máximo es a las dos horas después de la toma.

Entre sus efectos favorables están:

- Aumenta la capacidad de concentración.
- Mejora la capacidad para regular la actividad física.
- Aumenta la flexibilidad, disminuye la impulsividad.

Villalobos Montiel, Erica y Morales Chacón, Krissia, en su libro Niños con Déficit Atencional (2002, Pág. 33), describen algunos efectos que se derivan de la Ritalina:

- Mejoría en aritmética, lectura, escritura.
- Mayor tolerancia a la frustración.
- Mayor capacidad para la gratificación retardada.
- Menos robos en la escuela, en caso de que el niño haya presentado esta conducta asociada al Déficit Atencional.
- Mejoría en las relaciones sociales.
- Disminución de accidentes.
- Menos agresiones físicas.
- Mejoría de la autoestima.(Pág. 33).

Efectos secundarios adversos:

- Insomnio y pérdida del apetito en el 60% de los niños.
- Palidez y frialdad en la nariz y en las extremidades.
- Cefalea y náuseas.
- Susceptibilidad y tristeza.
- Irritabilidad.
- Rebote (la conducta empeora al pasar el efecto del medicamento).
- No habituación o sedación.

2. TRICICLICOS (IMIPRAMINA):

Villalobos Montiel, Erica y Morales Chacón, Krissia (2002, Pág. 33), indican que la imipramina es diferente a la Ritalina: "...es un antidepresivo cuyo efecto no es rápido. Actúa 15 ó 22 días después, ya que ejerce su efecto por nivel de concentración en la sangre (efecto acumulativo).".

Por esta razón, a diferencia de la Ritalina, que puede suspenderse durante los fines de semana y vacaciones, debe tomarse permanentemente y de preferencia, a una misma hora.

c. INTERVENCION DE LOS PADRES:

Que los padres y otros miembros cercanos de la familia realicen un esfuerzo sincero por reconocer las virtudes y cualidades que de seguro posee el niño con Déficit Atencional y que han estado relegadas al olvido. De igual modo, es tarea de los padres ayudar a su hijo a mejorar la imagen que tenga ante otras personas importantes, como vecinos y familiares, quienes podrían tenerlo catalogado como un niño rebelde y malcriado, por no tener un conocimiento claro de lo que sucede con el niño y aunque no se recomienda hacer públicos detalles, ni justificar las conductas fuera de orden del niño, sí podría resultar positivo que los padres hagan un esfuerzo por dejar claro que el niño no es malo, ni ellos en "alcahuetes", sino que todos están trabajando en mejorar y requieren que el niño no sea estigmatizado, ni reciba actitudes de rechazo de personas importantes para él.

En general, la intervención de los padres en el tratamiento de su hijo con Déficit Atencional se puede resumir en dos aspectos:

1. tener una actitud positiva hacia él y la situaciones que genera su condición y
2. coordinar el trabajo de los profesionales que atienden a su hijo, transmitiendo la información y recomendaciones de uno a otro de la forma más fiel posible,

sin agregar, ni quitar nada y por supuesto, eliminando cualquier interpretación.

2.7. ATENCION PSICOSOCIAL DEL NIÑO CON DEFICIT ATENCIONAL

En materia de Déficit Atencional , elementos como una adecuada autoestima, una fluida y positiva comunicación así como límites y reglas claras y técnicas de modificación de conducta, pueden marcar la diferencia en la forma en que el niño experimenta su déficit y como impacta su vida académica, social y familiar.

Según Villalobos Montiel, Erica y Morales Chacón, Krissia (2002, Pág. 45), en términos generales, es posible señalar que un niño con Déficit Atencional :

- a) consciente de su dificultad, pero también seguro de otras facilidades,
- b) autoafirmado, reconocido positivamente por otros individuos significativos y
- c) c) con claridad de lo que se le permite hacer y lo que no, así como de las consecuencias de sus actos, se sentirá fortalecido para enfrentar sus debilidades de atención, concentración y para realizar un esfuerzo por lograr control interno.(Pág. 45).

a. AUTOESTIMA:

La autoestima es la forma en la que cada persona piensa de sí misma, cómo se valora, qué cree que merece, cuáles son sus habilidades y cuáles sus debilidades. Autoestima tiene que ver con la información que cada persona tiene acerca de sí misma y que ha recibido a partir de sus relaciones con los demás.

Para Villalobos Montiel, Erica y Morales Chacón, Krissia (2002, Pág. 45), la autoestima:

No se relaciona ni con la fortuna familiar, ni con la educación, ni con la zona geográfica de residencia, ni con las clases sociales, ni con la ocupación del padre, ni con el hecho de que la madre esté siempre en casa... Depende de las relaciones que existan entre el niño o niña y aquellos que desempeñan papeles importantes en su vida. (Pág. 45).

Dadas las características de un niño con Déficit Atencional, es muy probable que el niño reciba mensajes negativos acerca de sí mismo. por ejemplo, que es el desordenado, el despistado, el que todo lo pierde, el malo que golpea a los compañeros, el que no puede aprender, todo lo cual, va en detrimento de la forma en que piensa acerca de sí mismo y por lo tanto, de la manera en que se comporta. por ejemplo, si y a se considera un desordenado y todos a su alrededor se lo confirman, probablemente no hará ningún esfuerzo por ser ordenado.

Entonces, es tarea de todos los que rodean al niño con Déficit Atencional ayudarle a reconocer sus propias fortalezas, de forma que se sienta seguro de sí mismo, aceptado por los demás, parte de una familia y de un grupo de estudio, con deseos de tener metas, con posibilidades de reconocer sus propios progresos y sus propias limitaciones, pero como una forma de tratar de superarlas o de que no se conviertan en obstáculos para su crecimiento personal.

Favorecer la autoestima de una persona implica constituirse en un espejo que le refleje una imagen positiva de sí mismo y la mejor forma de lograrlo se relaciona con adecuados patrones de comunicación.

Por lo tanto, uno de los aspectos que más ayuda a padres y a docentes en el apropiado tratamiento del niño con Déficit Atencional es revisar y mejorar, en la medida de lo posible, el tipo de comunicación que se establece no solo con el niño, sino el ámbito de la familia y de la clase escolar.

b. LA COMUNICACIÓN CON EL NIÑO QUE PRESENTA DEFICIT ATENCIONAL:

De acuerdo con Ana Teresa Álvarez y Blanca Valladares, (2001, Pág. 73), en su libro, Guía para padres en Técnicas de comunicación con sus hijos, la comunicación con sus hijos, la comunicación se define como cualquier intercambio de palabras, sonidos, gestos, símbolos o imágenes que transmitan un mensaje de contenido afectivo e intelectual. Existe la comunicación verbal, por medio de palabras y la no verbal, por medio de gestos, posturas, o símbolos. por lo tanto, es necesario considerar los elementos mencionados en el contexto de las relaciones interpersonales con niños y niñas con Déficit Atencional, porque ellos incorporan formas de comportamiento, actitudes y valores, independientemente de que exista un propósito explícito de enseñarles.

Generalmente, no se cuida la congruencia que debe existir entre la comunicación verbal y la no verbal. En ocasiones, los padres y los maestros expresan verbalmente mensaje sin congruentes con sus gestos y su postura, lo que es fuente de mucha confusión para el niño. Es fundamental tomar precauciones en este aspecto, de tal forma que se dé una comunicación coherente y clara para el niño, tenga o no Déficit Atencional.

c. LIMITES Y REGLAS CLARAS:

Un aspecto fundamental en el tratamiento integral del niño con Déficit Atencional es el manejo de su conducta en su hogar y en la escuela.

Algunos padres y maestros son muy estrictos, otros muy flexibles, otros flexibles y estrictos, de acuerdo con su estado de ánimo, y otros totalmente ajenos al control de la disciplina. Todas estas posiciones resultan inconvenientes para la formación de un niño, sobre todo, si se trata de un niño con Déficit Atencional.

Una vez que los límites y reglas, para el adecuado funcionamiento en la clase o la familia han quedado claros, se permite un tiempo prudencial para que los niños y niñas se acostumbren a estos. En caso de que el niño con Déficit Atencional no logre ajustar su conducta a lo acordado, se puede recurrir a las técnicas de modificación de conducta.

d. TECNICAS DE MODIFICACION DE CONDUCTA:

Las técnicas de modificación de conducta son estrategias, basadas en principios científicos, que permiten identificar una conducta y modificarla, cambiándola por algo deseado. Bien aplicadas y tomando en cuenta principios éticos, las técnicas de modificación de conducta suelen ser muy eficaces.

Villalobos Montiel, Erica y Morales Chacón, Krissia (2002, Pág. 51), comentan que en el caso de los niños y niñas con Déficit Atencional :

...es común que se utilicen técnicas de modificación, para evitar que los niños golpeen de forma impulsiva a sus compañeros, para lograr que permanezcan en su silla por más tiempo, para que aprendan a levantar la mano antes de hablar, para aumentar sus períodos de atención, entre otros.

Por ejemplo, una maestra que tiene un alumno con Déficit Atencional, que habla constantemente en voz alta, puede escoger estimularlo, cuando habla después de que se le ha otorgado la palabra, porque ha levantado la mano. Como reforzador, cada vez que participe adecuadamente, puede darle una estrella de cartulina, canjeable por un minuto de recreo extra o por un problema menos en la práctica de matemática.

También podría ser que una maestra decida darle a su alumno con Déficit Atencional, un frasco con canicas, cada una de las cuales puede cambiar por minutos además en la clase de computación (de la que se sabe que es su favorita), pero le quitará una canica cada vez que se ponga de pie, mientras la maestra está dando una explicación.

Es imperioso tener claro que no existe un machote de planes de modificación de conducta que pueda ser aplicado con todos los alumnos y lo que sirve para un niño, puede ser inútil con otro. Así, se requiere que para cada caso se escoja con cuidado la conducta que se desea modificar, con la seguridad de que el niño es capaz de emitir la conducta que se espera y se tenga a mano una lista de posibilidades para ser usadas como estímulo, las cuales deben ser realmente importantes para el niño e imposibles de conseguir de otra forma que no sea a través de la emisión de la conducta que se espera que logre.

Al momento del empleo de las técnicas, la consistencia y fidelidad a lo planeado determinarán, entre otros aspectos, el éxito de su aplicación.

En general, el maestro puede buscar asesoría en el psicólogo que atiende el caso, para estructurar e implementar las técnicas de modificación de conducta que requiera su alumno con Déficit Atencional.

e. EXPEDIENTE DEL NIÑO CON DEFICIT ATENCIONAL, UN INSTRUMENTO DINAMICO:

Todos los aspectos que se han desarrollado son parte de la intervención docente en el tratamiento integral de niño con Déficit Atencional y es necesario que cualquier acción sea registrada en un expediente del niño.

Este expediente consiste en una carpeta con todos los datos de identificación del niño. En esta se coloca, también, la anamnesis, los registros de conducta diagnósticos, cualquier análisis realizado por el docente, cartas de referencia a cualquier otro profesional y las notas o recomendaciones que se reciban de ellos.

En ese expediente debe quedar constancia de técnicas de modificación de conducta que se hayan aplicado, de las mejoras en comunicación que se realicen, de los límites y de las reglas que lograron mejorar la conducta del niño.

Un registro detallado de actividades que lograron motivar al niño, y las sugerencias para su mejor atención, siempre serán de mucha ayuda para un maestro que lo tiene como alumno por primera vez y que perdería mucho tiempo ensayando estrategias que ya han demostrado su eficacia o ineficacia.

Si el niño cambia de escuela, el expediente debe ir con él. Si el docente deja de laborar debe asegurarse de que su sustituto tenga el expediente y lo utilice como un recurso dinámico, fuente de consulta, parámetro de comparación, para valorar los progresos del alumno y, en última instancia, como una forma de documentar todo el esfuerzo de la labor de un docente responsable.

Así, el expediente del niño con Déficit Atencional no es una carpeta en un archivo. Debe ser un documento confidencial de uso constante para el docente.

2.8. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DEL LUGAR

a. RESEÑA HISTÓRICA DEL CANTON DE TARRAZU:

En la época precolombina el territorio que actualmente corresponde al cantón de Tarrazú, estuvo habitado por indígenas del llamado reino Huetar de Oriente, que fue dominio del cacique Guarco, quien murió antes o principio de la Conquista, asumiendo el cacicazgo su hijo Correque.

Don Juan Vázquez de Coronado pasó por esta región, en su expedición a Quepos, en 1563.

En el año de 1818 don José Miguel Cascante Rojas, vecino de Desamparados, se estableció en el sitio parrita, hoy ciudad San Marcos y en el paraje que él denominó paquita; terrenos que posteriormente denunció en 1825 y adquirió en 1845.

Otros de los primeros colonizadores de la región, que hoy constituye el cantón Tarrazú, fueron los señores Caracelo Muñoz, Ramón Zúñiga Barahona, Antolín Umaña. Manuel Barboza Jesús Godínez y sus hijos Rosario y Manuel; la mayoría de ellos provenían de los actuales cantones Desamparados, Alajuelita y Goicoechea

El primer nombre oficial que se le dio a San Marcos fue Hato de Dota, como lo llamó la Municipalidad de San José, en 1825, en un informe al Estado sobre los hatos de la provincia.

En 1867, los habitantes del lugar comunicaron al presbítero don Matías Zavaleta, cura de la parroquia de Desamparados, su interés de construir una ermita quien en su siguiente viaje eligió el sitio donde construirla. En esa oportunidad vino acompañado del presbítero don Raimundo Mora, vecino del pueblo de San Marcos de Guatemala, que encontró entre el lugar y su pueblo natal tal parecido, que lo bautizó con ese nombre, además ofreció obsequiar una imagen del Santo.; y con entusiasmo unió sus deseos a los del pueblo para edificar la iglesia.

El señor Jesús Cascante donó una manzana de terreno para construir el templo y otra para la plaza: Los trabajos se iniciaron en 1869. El recordado sacerdote don David Vargas fue quien comenzó la construcción de la iglesia actual de San Marcos. Durante el episcopado de Monseñor don Rafael Otón Castro Jiménez, primer Arzobispo de Costa Rica, en el año de 1932, se erigió la parroquia dedicada a San Marcos Evangelista; la cual actualmente es sufragánea de la Diócesis de San Isidro de El General, de la provincia Eclesiástica de Cosía Rica.

En 1872 se promulgó la ley 229 para la construcción del camino de carreta a San Marcos y Santa María, dos años después, en ley No. 35, se aprobó el contrato entre el Gobierno de la República y don Francisco Castro Valverde, en el cual este último se comprometía a concluir el camino carretero que se hallaba en construcción de San Miguel de Desamparados a San Marcos de Dota, atravesando las poblaciones

de Candelaria, Corralillo, Bajos de Tarrazú, La Lumbre, Los Frailes y San Marcos, pasando por las inmediaciones de San Cristóbal. Las mejoras del camino y la nacionalización del mismo, desde la base del cerro Tablazo hasta la presente ciudad de Santa María, se deben a las gestiones y esfuerzos del benefactor de esta región, don pedro pérez Zeledón.

Don Loreto Carranza donó el terreno para la construcción de un edificio escolar que constó de dos amplias aulas. El primer maestro de San Marcos en 1884, fue don José Moreno, t  o del Dr. Ricardo Moreno Canas, de grata memoria y fama.

La escuela fue destruida por el terremoto de 1910; un nuevo edificio se inauguró en 1935, en el tercer gobierno de don Ricardo Jiménez Oreamuno; en 1945 se le asignó a la escuela el nombre de León Cortés Castro.

El Instituto Agropecuario de Tarrazú inició sus actividades docentes el 1" de abril de 1963, en la administración de don Francisco Orlich Bolmarcich; en el terreno que regal   don Humberto Umaña parra, anos después cambiaron de modalidad de enseñanza y de nombre por Liceo de Tarrazú.

El primer Jefe político nombrado por el poder Ejecutivo en 1882, fue don Joaquín Arias Mora. En 1890, veintidós anos después de haberse erigido el cantón se llevaron a cabo la primera sesión del Concejo de Tarrazú, integrado por tos regidores propietarios, señores Eustaquio Mora, presidente; Rafael Vargas, Vicepresidente y Manuel Castro.

La ca  ner  a se inauguró en 1912, en el primer gobierno de don Ricardo Jiménez Oreamuno.

En decreto ejecutivo 220, del 18 de octubre de 1915, sobre división territorial para efectos administrativos, aparece el poblado de San Marcos con el título de Villa. El

13 de agosto de 1938, en el gobierno de don León Cortés Castro, se promulgó la ley No. 146, que le confirió a San Marcos, la categoría de Ciudad.

CREACIÓN Y PROCEDENCIA.

En la ley #20 del 07 de agosto de 1868, Tarrazú se erigió en el cantón #5 de la provincia de San José. En esa oportunidad no se fijaron los distritos de ese nuevo

CANTÓN

Tarrazú procede de Desamparados, establecido este último en ley #22 del 04 de noviembre de 1862. En 1915 por decreto ejecutivo se le confiere a San Marcos el título de Villa, y en 1938 se le cambia a la categoría de ciudad.

b. RESEÑA DE LA INSTITUCIÓN:

ESCUELA LEON CORTES CASTRO:

La Escuela León Cortés Castro fue fundada en el año 1896. El progresista Encarnación Zúñiga fue el que inició la idea de construir un edificio escolar.

El señor Loreto Carranza fue quien donó el terreno para llevar a cabo la construcción del edificio. El primer maestro fue don Manuel Monge. En 1894 se construyó la primera escuela que luego, en 1910 fue destruida por terremoto de Cartago.

El actual edificio inició su construcción en 1928, el terremoto de Cóbano, en 1989 falsea la estructura por lo que se declara inhabitable. Esto trae como consecuencia un año de lecciones ambulatorias ubicadas en los Bomberos, la

Municipalidad, el Salón parroquial y otros. En 1990 se inicia la construcción de aulas nuevas.

En 1997 los padres de familia y otros organismos de apoyo se dan a la tarea de reconstruir la escuela antigua; logrando en un 80%. La misma se hace absolutamente necesaria por el aumento de matrícula y el cambio de horario alterno al de jornada ampliada.

En la actualidad la escuela cuenta con dos edificios, distribuidos de la siguiente forma :

Veintidós aulas que son utilizadas con los grupos de primer grado hasta sexto. Además cuenta con aulas de estimulación temprana, aula integrada, aula para atención fisioterapéutica, aula para atención de niños y niñas con dificultades de en el habla, laboratorio de informática y biblioteca.

Se encuentra ubicada al costado oeste del parque de San Marcos de Tarrazú. Se fundó en 1882. Cuenta con 33 docentes, código 1882, matrícula inicial de 580 alumnos, en el curso lectivo del 2006. Además de las materias básicas, se imparten Artes plásticas, Educación para el Hogar, Religión, Música, Educación Física. Tiene una pequeña biblioteca que da servicio a los alumnos y docentes.

CAPITULO TERCERO

MARCO METODOLÓGICO



3. MARCO METODOLÓGICO:

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El estudio de las técnicas o metodologías que se pueden utilizar para vivir y trabajar con niñas y niños con déficit de atención es de tipo descriptivo-cualitativo.

Es descriptivo por cuanto trata una situación existente, estudiando los fenómenos tal y como aparecen en el presente, en el momento de realizar la investigación.

Según Barrantes (1999), la investigación cualitativa no debe concebirse como un ente aislado de las circunstancias profesionales y personal de investigador.

Considero que vivir con mi hija de 8 años de edad diagnosticada Déficit Atencional combinado, permitirá tener más conocimiento real de la situación y sentimiento que esto genera en el ambiente escolar y familiar.

Para Venegas (1986), una investigación cualitativa, es forma moderna de investigar a través de un proceso permanente de interacción y retroalimentación en distintas etapas. Es por lo que se considera un proceso activo, donde la comunicación es fundamental, la formación que se pueda lograr dentro de los participantes es productiva y el desarrollo que logre la población participante, es significativa.

Por eso su propósito es determinar cuáles son las técnicas o metodologías más adecuadas para orientar a padres, madres y educadores y educadoras para trabajar y ayudar a niñas y niños con Déficit Atencional de segundo grado, de La Escuela León Cortes Castro en San Marcos de Tarrazú.

3.2. CATEGORÍA DE ANÁLISIS:

Las categorías de análisis que se tomarán en cuenta son las siguientes:

a. Categoría general

Determinar cuales son las técnicas o metodologías más adecuadas para orientar a padres, madres y educadores y educadoras para trabajar y ayudar a niñas y niños y niñas con Déficit Atencional.

b. Categoría emocional del niño

Se analizará si afecta emocionalmente el tener Déficit Atencional a los niños.

c. Categoría de tratamiento

Analizar si el niño recibe atención psicológica y si han sido referidos a algún médico neurólogo para ser tratado.

3.3. SUJETOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN:

a. SUJETOS:

Para Barrantes (1995, Pág. 92) define sujeto como: " Son todas aquellas personas físicas o corporativas que brindarán información."

Según Sampieri y otros (2003, Pág. 301) mencionan que: "Los sujetos son los individuos objeto de estudio."

Los sujetos de esta investigación se encuentran localizado en tres poblaciones distintas: los alumnos, los padres de familia, docentes de la escuela León Cortés

Castro, la orientadora, un psicólogo y un médico neurólogo. Además una observación de un niño de segundo grado que tiene Déficit Atencional.

Las fuentes de información serán de dos tipos:

Fuentes materiales: son todas aquellas informaciones escritas que ayudaran a lograr los objetivos de esta investigación. Se encontraran tanto en documentos impresos y virtuales, como la Institución. Dichas fuentes de información se detallaran en la investigación.

Fuentes Humanas (Sujetos): En esta indagación los sujetos que integraran la población en estudio, la constituirán: personal Docente tres maestras, tres padres de Familia, un Estudiante, una orientadora de la Escuela León Cortés Castro del Circuito Escolar 01 del cantón de Tarrazú, además un psicólogo y un médico neurólogo.

b. POBLACIÓN:

Según Barrantes (1995, Pág. 92) la población es: " El conjunto de elementos que tienen una característica en común."

Según Gómez (1995, Pág. 7) conceptualiza población en la siguiente cita:

Todo estudio o investigación tiene como referencia un conjunto de unidades de estudio o elementos que pueden ser personas, animales, empresas, organizaciones, objetos y otros. Con el estudio se pretende conocer las características del conjunto y generalizar todos los resultados o conclusiones que se obtengan. A este conjunto de unidades de estudio es lo que se denomina técnicamente en estadística la población del estudio o simplemente población.

Al respecto Tamayo y Tamayo(1994, Pág. 95) define población como:

Una población está determinada por sus características definitorias, por lo tanto el conjunto de elementos que posee estas características de denominada población o universo.
Población es la totalidad del fenómeno a estudiar, en donde las unidades de población poseen una característica en común, la cual se estudia y da origen a los datos de investigación.

En la presente investigación la población está integrada por grupos distintos: estudiantes, padres de familia, docentes, orientadora, psicólogo y médico neurólogo.

c. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.

El instrumento a utilizar para lograr la información es cuales técnicas se pueden utilizar para vivir y trabajar con niñas y niños con déficit de atención, las cuales se obtendrán mediante entrevistas semiestructuradas.

Se entrevistarán tres docentes, tres padres de familia, un orientador, un psicólogo, un médico neurólogo y además se tomará observación de un niño de segundo grado de la Escuela León Cortes Castro en San Marcos de Tarrazú.

Se debe tener presente que este es un método donde el aprendizaje es mutuo, según Barrantes (1999, Pág. 194): "...el entrevistador aprende y puede llegar a ser más conciente de su papel."

3.4. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Antes de iniciar las entrevistas con los docentes, padres, orientadora, psicólogo y médico neurólogo, se les explica cuál es el fin de entablar los procesos, para que se brinde la información.

Se realizaran visitas a la Institución para entrevistar a las docentes, orientadora y la observación del niño.

Según Barrantes (1999, Pág. 178): “...la observación permite obtener información sobre los fenómenos tal y como se producen.”.

Se visitarán los padres de familia en sus hogares, también se visitara un neurólogo y un psicólogo en su respectivo consultorio para obtener información..

CAPITULO CUARTO

ANÁLISIS DE INFORMACION



4. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN:

4.1. ANÁLISIS DE CONTENIDOS:

Para Barrantes (1999, Pág. 199): “...el análisis de contenidos es una técnica para estudiar la comunicación objetiva, sistemática y cuantitativa”. Esto con el fin de poder realizar validas y confiables sobre la información obtenida en las entrevistas semiestructuradas, hechos a docentes, padres de familia, orientador psicólogo y neurólogo.

Se tomará en cuenta si las docentes y padres conocen sobre el Déficit Atencional, y que técnicas pueden utilizar para ayudar a niños y niñas con este síndrome.

Según Barrantes (1999, Pág. 140): “...puede decirse que tanto la recolección de datos como el análisis están entrelazados en todo el proceso de investigación.”

4.2. CATEGORÍA DE ANÁLISIS:

Las categorías de análisis que se tomarán en cuenta son las siguientes:

Saber si los docentes y padres de familia conocen sobre el Déficit Atencional, además que dicen los profesionales acerca del Déficit Atencional.

De acuerdo a Villalobos Montiel, (, 2002, Pág. 5):

El Déficit Atencional es un síndrome de origen neurobiológico, que se presenta en algunos niños en tres áreas específicas: capacidad de concentración, capacidad de control de impulsos y en algunos casos, en el nivel de actividad. Estas dificultades deben existir con una frecuencia e intensidad discordantes con lo esperado para la edad cronológica del niño.

Todo esto implica que se presentan problemas para que el niño logre mantener su atención concentrada por el tiempo esperado, según su edad, y rápidamente, la dirija hacia otros objetivos irrelevantes para otros niños. O sea, el niño no atiende apropiadamente lo que su maestro explica, las instrucciones que se dan a los comentarios que se hacen en una reunión social, por ejemplo. De igual forma, el niño no sabe cuando debe ser descrito o cómo contener su enojo, de acuerdo con las conductas socialmente aceptadas.

Agota la paciencia de la mayoría de las personas que lo cuidan y puede pasar algunos malos ratos.

Las dificultades se hacen evidentes desde la infancia y sobre todo, cuando el niño inicia su escolarización. Al estar inmerso en un ambiente más reglamentado y con mayores requerimientos de atención, las dificultades de atención-concentración son evidentes.

Los docentes entrevistados comentaron: “Se distraen mucho, por lo general no terminan el trabajo, están pendientes de lo que hacen los demás de vez en cuando están terribles.”

“Son niños que algunas ocasiones son inquietos no trabajaba, se levanta constantemente, conversa en clase” o también existen otros alumnos pasivos, o inatento, es un niño pasivo, lento, distraído”.

De acuerdo a padres de familia “Muy inquieto, impulsivo en algunas ocasiones. Le costaba concentrarse en lo que hacía, la mayoría de cosas se le olvida hacer, hay que recordarle muchas cosas porque las olvidaba. Siempre es un pleito porque deja todo desordenado, juega con algo lo deja, esta haciendo una tarea se brincaba algunas partes y a veces terminaba y se le olvidaba guardar sus cuadernos etc.

Según Villalobos Montiel (Pág.59, 2002): "...entre las características de la conducta de los niños con Déficit Atencional se encuentran, Inquietud e impaciencia, dificultad para permanecer sentado".

Esto lo mencionaron los docentes entrevistados, debido a que a estos niños se les hace muy difícil estar quietos, tienen una gran facilidad para distraerse. También en la observación que se realizó al niño con Déficit Atencional quedó muy claro ver como el infante con cualquier cosa se distraía y dejaba de trabajar en su cuaderno; dificultad para esperar turno, dificultad para seguir instrucciones, tendencia a contestar atropelladamente.

Según comentarios de algunas docentes este tipo de niño, aunque no sepan la respuesta, siempre levantan la mano sin saber lo que van a responder; tendencia a pasarse de una tarea incompleta a otra. Hubo madres que comentaron que en el hogar si están desayunando se paran hasta cuatro veces a realizar otra cosa, si están jugando y alguien los llama dejan lo que están haciendo sin recoger los juguetes, así sucesivamente con su ropa etc.

Tiene dificultad para jugar quietamente, ya que se mueven constantemente sin darse cuenta, tendencia a hablar excesivamente; también los padres de familia consultados comentaron que reciben muchos reportes en el cuaderno de comunicación en los que las docentes envían avisos diciendo; "su hijo habla demasiado"; tendencia a interrumpir o a interferir con los demás, se meten mucho en la conversación de los demás, esto lo comentó un padre de familia. Aparentan no escuchar...,

Todos lo entrevistados coincidieron en que en algunas ocasiones parecieran no escuchar lo que se les dice están idos en otra cosa; tendencia a perder a menudo las cosas que necesita para trabajar, son de los que desde los primeros días de clase ya no tienen lápiz, borrador, etc., lo que hace que los padres enfurezcan. Propensión a

encontrarse frecuentemente ante algún peligro, ellos no miden el peligro, les gusta animarse, ser desafiantes pensando que nada malo les va a suceder.

El neurólogo comentó que el niño con Déficit Atencional :

... puede ser hiperactivo o ser inhibido (deprimido), agresivo o pasivo, no se pueden quedar quietos, se levantan con el pretexto de ir al baño, Las notas varían mucho, incapacidad de concentración y mantener la atención en un espacio, les cuesta aprender cosas, Ej.: poesía.

Un niño con Déficit Atencional no es inquieto ni desatento porque es malo, está loco, proviene de una familia con alguna clase de problema o porque no es cariño. Las dificultades de los niños con Déficit Atencional obedecen, de acuerdo con las más recientes investigaciones, a condiciones de orden neurobiológico. Esta teoría está muy relacionada con lo que mencionaron el Neurólogo y el Psicólogo en las entrevistas. Por ejemplo el psicólogo dijo: "...es un problema que todavía no se ha determinado, puede ser genético, ambiental o neurológico, o un problema de neurotransmisión."

Existen múltiples teorías que procuran explicar las causas del Déficit Atencional. Las más destacadas son las que se refieren a los factores genéticos y a un desorden fisiológico de los neurotransmisores, agentes químicos que se encargan de llevar la información sensorial a través de las neuronas. Se ha dicho que estos agentes químicos controlan la conducta, la emoción, y el conocimiento. Por lo tanto, una cantidad muy alta o muy baja de estos neurotransmisores podría causar efectos importantes en la vida cotidiana de una persona.

Según el neurólogo entrevistado: "El Déficit Atencional es un problema donde el niño es incapaz de concentrarse en las tareas, pensamientos, lecturas, etc. Su atención es dispersa."

Quiere decir que tanto lo expuesto por Villalobos Montiel, en su libro Niños con Déficit Atencional : Orientación a padres y docente, como lo expresado por los profesionales, concuerdan mucho con la definición del Déficit Atencional.

4.3. CATEGORÍA EMOCIONAL DEL NIÑO

Seguidamente se analizará si afecta emocionalmente, a los niños, el tener Déficit Atencional.

Para una mejor comprensión se definirá de acuerdo al Diccionario de la Real Academia española (1994 Pág. 388) el término emocional: “Relativo a la emoción. Agitación. Turbación del ánimo. Sobresalto, sobrecogimiento, turbación...”

La autoestima, según Villalobos Montiel (Pág. 72, 2002):

...es la forma en la que cada persona piensa de sí misma, cómo se valora, qué cree que merece, cuáles son sus habilidades y cuáles sus debilidades. Autoestima tiene que ver con la información que cada persona tiene acerca de sí misma y que ha recibido a partir de sus relaciones con los demás.

Dadas las características de un niño con Déficit Atencional, es muy probable que el niño reciba mensajes negativos acerca de sí mismo. Por ejemplo, que es el desordenado, el despistado, el que todo lo pierde, el malo que golpea a los compañeros, el que no puede aprender, todo lo cual, va en detrimento de la forma en que piensa acerca de sí mismo y por lo tanto, de la manera en que se comporta. Por ejemplo, si y a se considera un desordenado y todos a su alrededor se lo confirman, probablemente no hará ningún esfuerzo por ser ordenado.

Un niño con Déficit Atencional se ve inmerso, por lo general, en muchos problemas como los citados por Villalobos Montiel (Pág. 8, 2002):

- Romper el adorno favorito de mamá, cuando pasaba cerca de él, sin siquiera darse cuenta.
- No entregar la tarea en la que había trabajado toda la tarde anterior, porque la puso en el maletín de educación física y no en el salveque de los útiles.

Sobre lo anterior algunos familiares comentaron tener problemas con sus hermanos ya que no tienen cuidado al pasar golpeando a alguien sin querer, es aquí donde le dicen: “¡dijé tenga cuidado, usted como siempre, nunca se fija en lo que hace e inclusive ser castigados por sus padres esto hace que el niño se sienta triste, perder el dinero del encargo, porque se distrajo con un perro en el Camino, esto los lleva a ser mentirosos para que no les regañen o les repriman lo que hacen,

Un padre de familia comentaba que su hija talvez había hecho sus labores escolares, el día que tenía que entregar el trabajo lo dejó olvidado en su casa. De la escuela envían un comunicado aduciendo que: “su hija no presentó la tarea”. Esto los hace sufrir mucho, llegan al hogar diciendo: “yo soy una tonta porque se me olvidó la tarea”.

Cuando los problemas apenas inician, generalmente en primer grado de primaria, se toleran y disimulan por un tiempo. Pero, luego, empiezan a molestar a los demás y al mismo niño, quien, para defenderse, podría recurrir a la mentira, el robo o a reacciones agresivas, por ejemplo Villalobos Montiel (Pág. 8, 2002), lo expresa de la siguiente manera:

- Decir: “yo no fui el que rompió el adorno, fue Martita. Yo la vi.”.
- Para reponer el dinero del encargo, lo toma del bolso de la abuela, y dice que no consiguió lo que iba a comprar.
- Arrebatarse a un compañero de la escuela su tarea, para presentársela él.

Según padres de familia definitivamente si afecta emocionalmente al sus hijos con Déficit Atencional “Claro, cada rato hay comunicados Ej.: Su hija conversa mucho, sale de clase, no terminó su trabajo cotidiano o en algunas ocasiones.... Agredió alguna compañera impulsiva y decía que era sin culpa. Lloraba porque decía que ella no quería ser así que era una tonta pero que no sabia que le pasaba.”

De acuerdo al psicólogo Abarca, Steven (2006):

“Estos (los niños) se ven afectados emocionalmente porque son personas catalogadas como niños malos, en el entorno los descalifican como un niño desobediente, malcriado. Se les debe ayudar a canalizar sus impulsos de una manera que se sepan desarrollar con sus potencialidades”.

Según la orientadora de la Escuela León Cortes: “El trato que le dan los adultos, (inadecuados) proceso aprendizaje- y bromas de sus compañeros, muchos de su entorno no los aceptan, por ejemplo sus compañeros los hacen a un lado por ser como son majaderos etc., pienso que la parte emocional afecta mucho a estos niños.”

4.4. CATEGORÍA DE TRATAMIENTO

En esta categoría se pretende analizar si el niño recibe atención psicológica y si ha sido referido a algún médico neurólogo para ser tratado.

En el caso del Déficit Atencional , el diagnóstico reviste trascendental importancia, debido a que, realizado de forma temprana, permitirá una intervención rápida y acertada, evitando que el niño se exponga a la frustración y fracaso excesivo. Si, por el contrario, el diagnóstico es tardío, lo más probable es que el niño, además del Déficit Atencional , ya haya experimentado frustración y fracaso, lo que le suma problemas de autoestima.

Una vez que el padre de familia o docente han identificado al niño con un posible Déficit Atencional , debe procederse a una observación sistematizada, tanto de parte del maestro como de los padres de familia. Para ello, existen instrumentos de recolección de información que generan excelentes resultados.

Luego deberán revisarse y analizarse los datos recolectados y ser remitidos al psicólogo o médico especialista quien asumirá el caso.

Los padres o encargados, por su parte, participarán de todo lo que se refiere a su experiencia vivencias con el niño, y serán la fuente de información primaria con la que se contará.

Algunos padres comentaron que sí han llevado a su hijo para que reciba atención psicológica o médica; sin embargo, otros padres aclararon que nunca han ocupado de un especialista.

El psicólogo revisará aspectos de personalidad, como autoestima, manejo de límites y reglas en el hogar y en la escuela, niveles de tolerancia, capacidad de concentración. Para ello, probablemente utilizará pruebas estandarizadas. De igual modo, indagará la dinámica familiar y las relaciones vinculares en general. También realizará el abordaje del problema mediante una valoración de áreas, como la capacidad de atención-concentración, capacidad de tolerancia a la frustración, habilidades pro sociales, capacidad de control de impulsos, entre otros. El estudio de estos aspectos resultará en un importante aporte para el diagnóstico.

En el caso del tratamiento médico, éste se circunscribe a una valoración del niño, tomando en cuenta características de conducta, historia de desarrollo, así como otras herramientas diagnósticas, propias de la disciplina.

En algunos casos es necesaria, aparte de atención psicológica, la famosa ritalina para que ayude al niño a estar más concentrado en lo que hace.

La Ritalina está indicada como parte de un vasto programa terapéutico, que suele incluir otras medidas curativas (psicológicas, educativas, sociales), para lograr un efecto normalizante en los niños con un síndrome de conducta caracterizado por distractividad moderada o grave, períodos breves de atención, hiperactividad (no siempre presente), e impulsividad.

Entre sus efectos favorables están: Aumenta la capacidad de concentración, mejora la capacidad para regular la actividad física, aumenta la flexibilidad, disminuye la impulsividad, mejoría en aritmética, lectura, escritura, mayor tolerancia a la frustración, mayor capacidad para la gratificación retardada., menos robos en la escuela, en caso de que el niño haya presentado esta conducta asociada al Déficit Atencional, mejoría en las relaciones sociales, disminución de accidentes, menos agresiones físicas, mejoría de la autoestima.

Sin embargo el Neurólogo manifiesta: terapia en familia, con la maestra y ayuda ambiental.

Comentó que no le gusta utilizar la Ritalina, porque es una droga. Él ha utilizado otras medicinas que le han resultado muy bien.

Las docentes entrevistadas comentaron acerca del comportamiento que muestran algunos niños que toman este medicamento: Tengo un niño, que cuando toma ritalina se encuentra más tranquilo, más concentrado, no molesta, cuando no la toma es muy difícil de controlar”.

Otro docente comentó: “Hay niños que necesitan la Ritalina pero los padres no se la dan, ya que no la aceptan. Otra niña si utiliza un medicamento pero es homeopatía y le ha dado muy buen resultado”.

Se puede deducir que existen diferentes puntos de vista de algunos padres de familia sobre medicar a sus hijos, ya sea con medicamentos como la Ritalina o con medicina natural, porque no aceptan que sus hijos tengan algún déficit.

En materia de Déficit Atencional , elementos como una adecuada autoestima, una fluida y positiva comunicación, así como límites, reglas claras y técnicas de modificación de conducta, pueden marcar la diferencia en la forma en que el niño experimenta su déficit y como impacta su vida académica, social y familiar.

El Neurólogo entrevistado resaltó que el Déficit Atencional : “...no se cura, se controla, la persona puede vivir relativamente normal siempre y cuando sea tratada profesionalmente.”

Categoría

Determinar ¿Cuáles son las técnicas o metodologías más adecuadas para orientar a padres, madres, educadores y educadoras para trabajar y ayudar a niñas(os) con Déficit Atencional?.

Los aspectos que más ayudan a padres y a docentes en el apropiado tratamiento del niño con Déficit Atencional es revisar y mejorar, en la medida de lo posible, el tipo de comunicación que se establece no sólo con el niño, sino en el ámbito de la familia y de la clase escolar.

Un aspecto fundamental en el tratamiento integral del niño con Déficit Atencional es el manejo de su conducta en su hogar y en la escuela.

Algunos padres y maestros son muy estrictos, otros muy flexibles, otros flexibles y estrictos, de acuerdo con su estado de ánimo, y otros totalmente ajenos al control de la disciplina. Todas estas posiciones resultan inconvenientes para la formación de un niño, sobre todo, si se trata de un niño con Déficit Atencional.

Una vez que los límites y reglas, para el adecuado funcionamiento en la clase o la familia han quedado claros, se permite un tiempo prudencial para que los niños se acostumbren a éstos. En caso de que el niño con Déficit Atencional no logre ajustar su conducta a lo acordado, se puede recurrir a las técnicas de modificación de conducta.

Las técnicas de modificación de conducta son estrategias, basadas en principios científicos, que permiten identificar una conducta y modificarla, cambiándola por algo deseado. Bien aplicadas y tomando en cuenta principios éticos, las técnicas de modificación de conducta suelen ser muy eficaces.

En el caso de los niños con Déficit Atencional, es común que se utilicen técnicas de modificación, para evitar que los niños golpeen de forma impulsiva a sus compañeros, para lograr que permanezcan en su silla por más tiempo, para que aprendan a levantar la mano antes de hablar, para aumentar sus períodos de atención, entre otros.

Un ejemplo que ilustra lo antes mencionado es el siguiente: una maestra que tiene un alumno con Déficit Atencional , que habla constantemente en voz alta, puede escoger estimularlo, cuando habla después de que se le ha otorgado la palabra, porque ha levantado la mano. Como reforzador, cada vez que participe adecuadamente, puede darle una estrella de cartulina, canjeable por un minuto de recreo extra o por un problema menos en la práctica de matemática.

También podría ser que una maestra decida darle a su alumno con Déficit Atencional , un frasco con canicas, cada una de las cuales puede cambiar por minutos. Además en la clase de computación (de la que se sabe que es su favorita), le quitará una canica cada vez que se ponga de pie, mientras la maestra está dando una explicación.

Al momento del empleo de las técnicas, la consistencia y fidelidad a lo planeado determinarán, entre otros aspectos, el éxito de su aplicación.

De acuerdo con la entrevista hecha a los padres de familia, éstos comentan que: “...cuesta mucho aplicar las técnicas que un psicólogo o doctor le recomiendan a uno, pero se hace el sacrificio.”

Algunas de ellas son:

- Poner límites claros, sin agredirlo.
- Utilizo contratos, se dan premios por sus buenos comportamientos o castigos si la mayoría son malos comportamientos.
- Se le tiene también ocupada en actividades como deporte.

Algunas técnicas utilizadas por las docentes entrevistadas son:

Colocarlos en un lugar estratégico.

Mantenerlo alejado de distractores.

Indicarle señales privadas para que pongan atención.

Facilitarle material de apoyo.

Explicar en forma simple un contenido no entendido.

Facilitar más tiempo en la ejecución de pruebas...

En general, el maestro puede buscar asesoría en el psicólogo que atiende el caso, para estructurar e implementar las técnicas de modificación de conducta que requiera su alumno con Déficit Atencional.

El psicólogo Steven comentó lo siguiente acerca de las técnicas:

“estructurar el ambiente: ejemplo reglas claras, cerciorarse de que se cumplan, cuando el niño termina un juego que guarde sus juguetes, enseñarle a prestar atención cuando se les habla.

Cuando se le dice algo asegurarse que esta escuchando verlo a los ojos y decirle que repita lo que se le indicó.

Cerciorarse de que cumpla con las tareas escolares, el padre de familia debe estar pendiente de que sus cuadernos estén al día, tareas realizadas etc.

Enseñarle al niño a ser responsable y aprenda a cumplir con sus labores, ahora cuando un niño es hipo activo: estimular para que tenga apertura al hablar para que participe. Entrevistaría al niño de ser posible solicitaría una evaluación de la psicóloga para conocer las áreas fuertes. Reforzaría y trataría de dar confianza al niño.”

De acuerdo al Neurólogo el recomendó mucha paciencia, tanto de padres como de docentes que trabajan con este tipo de niños, repetir mucho las cosas, guiar al niño, en forma individual, repetir lo que se dijo, ayudarle a que el niño aprenda a concentrarse obligando al niño a prestar atención otra seria muy bien o llevarlos a terapia al Hospital Nacional de Niños.

Algunos padres y docentes saben cuáles técnicas se pueden aplicar para trabajar con los niños. Sin embargo, durante la observación algunos no las utilizan ya que tienen a cargo muchos niños y el tiempo no alcanza, y en vez de ayudarles es más fácil para ellos enviar un reporte. El amor y la vocación deben ser fuente principal de inspiración para ayudar a estos niños con Déficit Atencional y que utilizan las técnicas expuestas por el neurólogo y el psicólogo.

Otros padres entrevistados, aunque sí saben algunas técnicas comentaron:

“... no es nada fácil aplicar estas técnicas ya que algunos niños los hacen perder la paciencia, pues cuesta mucho hacer que se concentren. Sin embargo, muchas de las técnicas son muy efectivas y de hecho todos los niños necesitan limites y reglas claras.”

Otro punto importante de mencionar acá es que si un padre no acepta que su hijo padece este síndrome es muy triste debido a que no le va a dar el apoyo tanto al docente como al niño, es aquí donde vienen los problemas tanto en la escuela, casa y donde el alumno se ve duramente afectado.

CAPITULO QUINTO

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES



5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para cada objetivo se ofrece una o dos conclusiones con los resultados obtenidos al final de esta investigación, así como recomendaciones que, de acuerdo a lo analizado y estudiado, pueden facilitar el proceso enseñanza-aprendizaje.

❖ **Determinar el origen y consecuencias del Déficit Atencional.**

CONCLUSIONES:

Con relación al objetivo número uno “Determinar el origen y consecuencias del Déficit Atencional ”se puede concluir, confrontando con la teoría, el psicólogo y el neurólogo, el Déficit Atencional es un síndrome de origen neurobiológico, que se presenta en algunos niños en tres áreas específicas: capacidad de concentración, capacidad de control de impulsos y en algunos casos, en el nivel de actividad. Estas dificultades deben existir con una frecuencia e intensidad discordantes con lo esperado para la edad cronológica del niño.

Las dificultades se hacen evidentes desde la infancia y sobre todo, cuando el niño inicia su escolarización. Las dificultades de los niños con Déficit Atencional obedecen, de acuerdo con las más recientes investigaciones, a condiciones de orden neurobiológico.

Existen múltiples teorías que procuran explicar las causas del déficit atención. Las más destacadas son las que se refieren a los factores genéticos y a un desorden fisiológico de los neurotransmisores, agentes químicos que se encargan de llevar la información sensorial a través de las neuronas.

RECOMENDACIONES:

- ✓ A los docentes, buscar capacitación adecuadamente para poder ofrecer a los niños y padres de familia opciones reales a los problemas que se presentan con el aprendizaje de los educandos.
- ✓ Se debe conocer bibliografía variada que permita tener un conocimiento más amplio y acertado de los diferentes problemas, técnicas y procedimientos que se deben seguir con un niño con Déficit Atencional.
- ❖ “Enumerar características de la niña y niño con Déficit Atencional.”

CONCLUSIONES:

Se pudo concluir que realmente sí existen muchas características de estos niños y niñas que confrontándolas en el análisis con la teoría, observación y entrevistas son iguales entre las cuales citaré algunas:

- ★ Se distraen fácilmente.
- ★ No terminan los trabajos (algunas veces).
- ★ Se cansan con facilidad.
- ★ Baja autoestima.
- ★ Cariñosos.
- ★ Sensibles.
- ★ Conversan mucho.
- ★ Hiperactividad.
- ★ Impulsividad, etc.

Los padres de estos niños mencionaron las características, en las cuales tienen mucho problema tanto en su hogar como en la Escuela.

RECOMENDACIONES:

- ✓ Es importante anotar que el docente y padre de familia deben evaluar y observar de forma objetiva las labores del niño en un ambiente natural para que éste no sea causante de un mal diagnóstico.
- ✓ Referir al niño con Déficit Atencional a algún especialista que valore las observaciones que se han hecho y las anotaciones que se tengan sobre el comportamiento del niño (sólo y con sus compañeros)
- ❖ Investigar técnicas para ayudar a niñas y niños con Déficit Atencional.

CONCLUSIONES:

De acuerdo al objetivo numero tres “técnicas investigadas para ayudar a niñas y niños con Déficit Atencional”, ”se concluye que tanto en la teoría como en entrevistas con el neurólogo y el psicólogo, se encontraron bastantes técnicas, las cuales anteriormente se citaron y que además cabe mencionar las siguientes:

- ❖ Horarios de Estudio (Rutinario).
- ❖ Actividades físicas (piscinas, deportes, etc.) artes plásticas, música.
- ❖ Estimular áreas que más le agrada al niño.
- ❖ Límites y reglas claras y firmes.
- ❖ Poner especial atención en lo que a ellos les gusta para lograr mantener la motivación.
- ❖ Darle responsabilidades en la casa, tratarlos igual que a los demás.
- ❖ Paciencia.
- ❖ Repetir mucho las cosas.
- ❖ Guiar al niño, en forma individual.

- ❖ Aprender a concentrarse.
- ❖ Obligar a prestar atención.

En el caso del Déficit Atencional, el diagnóstico reviste trascendental importancia, ya que, realizado de forma temprana, permitirá una intervención rápida y acertada, evitando que el niño se exponga a la frustración y fracaso excesivo. Si, por el contrario, el diagnóstico es tardío, lo más probable es que el niño, además del déficit atención, ya haya experimentado frustración y fracaso, lo que le suma problemas de autoestima.

No a todos los niños se les aplica técnicas claras para ser tratados tanto en su hogar como en la Institución.

RECOMENDACIONES:

- ✓ Se debe identificar las técnicas que mejor se adapten a las necesidades del niño con Déficit Atencional así como que sean apropiadas al medio en que se desenvuelve el niño, ya que su buen aprovechamiento, tanto del espacio como del tiempo que se cuenta son indispensables que para se optimicen los esfuerzos, tanto del niño como del docente que las desarrolla.
- ✓ Las técnicas que se desarrollen deben ser fáciles de aplicar para que los padres sean partícipes directos de la enseñanza de sus hijos y que esto haga que los lazos familiares se hagan más fuertes.

- ❖ Conocer procedimientos que utilizan los y las docentes para detectar Déficit Atencional.

CONCLUSIONES:

De acuerdo con el objetivo número cuatro “Conocer procedimientos que utilizan los y las docentes para detectar Déficit Atencional ” se puede concluir que algunos de estos procedimientos que utilizan los docentes para detectar el Déficit Atencional son mediante la observación conductas repetitivas que realiza, su trabajo, cotidiano, su letra, su actitud, son muy importantes para saber si es un niño tiene realmente Déficit Atencional.

No todo los docentes se encuentran capacitados para detectar si un niño (a) padece del síndrome Déficit Atencional

También se puede concluir que además de las técnicas se utilizan terapias psicológicas y medicamento este recetado por un especialista neurologo o psiquiatra.

RECOMENDACIONES:

- ✓ Al docente, utilizar todos los recursos que estén a su alcance como parte del tratamiento integral que brinda a un niño con Déficit Atencional.
- ✓ Al docente, buscar constantemente capacitación en cuanto a la mejor forma de trabajar con un niño con Déficit Atencional, será más eficiente en su labor, y encontrara satisfacción en esta.
- ✓ Al docente, revisar la metodología y los recursos empleados en el planeamiento, con el objeto de que se ajusten a las necesidades de los niños y, en especial, al niño con Déficit Atencional y a su estilo de aprendizaje.

- ✓ Aplicar, cuando se requiera, adecuaciones curriculares, sobre todo de orden no significativo, que busquen acercar el currículo a la atención integral.
- ✓ Organizar el salón de clase de una forma innovadora y acorde con los requerimientos de sus alumnos.
- ✓ Al departamento de Orientación, planear charlas para sus compañeros de trabajo incluyendo al director sobre el tema del Déficit Atencional , o si fuese difícil invitar a un profesional a exponer como puede ser un Neurólogo, Psicólogo o Psicopedagogo.
- ✓ Al departamento de Orientación, planear charlas para padres de familia que crean o tengan niños diagnosticados con Déficit Atencional , para que tanto en el hogar como en el Centro Educativo se les calida y puedan llevar con éxito el proceso de enseñanza aprendizaje, creando técnicas para que puedan a ayudar a niños y niñas con Déficit Atencional , sin maltratar su autoestima y fomentar sus áreas fuertes.
- ✓ Elaborar material y juegos tomando en cuenta las necesidades del niño con Déficit Atencional.
- ✓ Cuando se lleva a cabo la observación se debe tomar en cuenta la actitud del niño hacia la misma, el ambiente en que se desarrolla la observación, ya que éste debe permitir que sea natural y donde el niño se encuentre relajado y tranquilo.
- ✓ El docente debe ser muy objetivo al observar el trabajo de los niños para determinar qué tipo de Déficit Atencional puede tener el niño para poder referirlo a un especialista de forma adecuada.

CAPITULO SEXTO

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFICAS Y ANEXOS



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abarca, Steven. Psicólogo. San José, C.R. 06 de febrero, 2007. (Comunicación personal.).

Antillón Salazar, Arnaldo. Neurólogo. San José, C.R. 05 de febrero, 2007. (Comunicación personal).

Barrantes, R. 2000. Investigación un Camino al Conocimiento: Un Enfoque Cuantitativo y Cualitativo. 3 ed. San José, CR. EUNED.280 p.

García-Pelayo y Gross, Ramón (1994) Pequeño Larousse ilustrado. Editorial Larousse S.A. México, D.F.

[ht//www.google.com](http://www.google.com).

MEP (Ministerio de Educación Pública). 2006. Monografía de la escuela León Cortés Castro 2006. San José, CR. 1 disquet HD 3 ½ pulgada.

Pazos Jiménez, Éthel. (1996). La verdad sobre el Déficit Atencional: Conflicto interno, familiar y escolar. Ediciones Guayacán. San José, Costa Rica.

Peña, Marina y Castro, Roberto. (2002). Material complementario del curso: DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE APRENDIZAJE. Escuela de ciencias Sociales y Humanidades. Editorial EUNED.

Rief, Sandra. Memorias: Factores Críticos para el éxito escolar de niños y adolescentes con problemas de atención e hiperactividad. Técnicas, prácticas, estrategias e intervenciones. Fundación D.A. San José, Costa Rica.

Villalobos Montiel, Ericka; Morales Chacón, Krisia.(2000). Niños con Déficit Atencional. Orientación a Padres y Docentes. Editorial Universidad Estatal a Distancia.

ANEXOS